

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

POUR LE

188

N°

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

ALBERTO RENDON

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Mérida (Mexique) le 30 janvier 1895.

DIPLOME UNIVERSITAIRE

(Mention Médecine)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TUBERCULOSE ANNEXIELLE

Président de Thèse :

Monsieur le Professeur CUNÉO

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1924

280

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

N°

POUR LE

188

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

ALBERTO RENDON

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Mérida (Mexique) le 30 janvier 1895.

DIPLOME UNIVERSITAIRE

(Mention Médecine)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TUBERCULOSE ANNEXIELLE

Président de Thèse :

Monsieur le Professeur CUNÉO

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1924



I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHT.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÈRE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	ALGLAVE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BASSET.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIÈRE.
Histologie	BRANCA.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pharmacologie et matière médicale	BUSQUET.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Histologie	CHAMPY.
Pathologie médicale	CHIRAY.
Pathologie médicale	CLERC.
Hygiène	DEBRÉ.
Anatomie pathologique	I. de JONG.
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ÉCALLE.
Pathologie médicale	FIESSINGER.
Pathologie médicale	FOIX.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Pathologie médicale	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Pathologie chirurgicale	LARDENNOIS.
Obstétrique	LE LORIER.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Pathologie médicale	LEMIERRE.
Obstétrique	LÉVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITTE.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MOCQUOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie médicale	RIBIERRE.
Physiologie	RICHET Fils
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physique médicale	STROHL.
Pathologie médicale	TANON.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Obstétrique	VAUDESCAL.
Histologie	VERNE.
Pathologie médicale	VILLARET.
Ophtalmologie.	WELTER.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

	MM.
Physiologie	CAMUS.
Pathologie médicale	GOUGEROT.
Obstétrique	GUENIOT.
Histologie	RETTERER.
Anatomie pathologique	ROUSSY.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE à titre permanent

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique médicale infantile	LEREBoullet.
Clinique médicale	LÉRI.
Clinique médicale	LÆPER.
Clinique chirurgicale infantile	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique médicale	RATHERY.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé
Stomatologie	FREY
Education physique	N.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

Officier de la Légion d'Honneur

*qui nous fait le grand honneur de
bien vouloir présider cette Thèse.*

A MES MAÎTRES PENDANT MON EXTERNAT :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GARNIER
Médecin de l'Hôpital Lariboisière

MONSIEUR LE DOCTEUR BAUMGARTNER
Chirurgien de l'Hôpital de la Charité

MONSIEUR LE DOCTEUR BAUDET
Chirurgien de l'Hôpital Bichat

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

A MONSIEUR LE DOCTEUR PICOT
Chirurgien des Hôpitaux

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX ET DE LA FACULTÉ

Hommage respectueux de reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion de suivre pendant notre externat dans le service de Monsieur le Professeur Cunéo, plusieurs cas de tuberculose annexielle.

Nous avons été frappés par l'évolution très particulière de cette affection, tant en ce qui concerne son côté clinique, que par les résultats éloignés de l'opération.

Nous avons été assez surpris de lire dans les traités classiques des descriptions qui n'étaient pas toujours en rapport avec les faits que nous observions. Nous nous proposons dans ce travail, d'exposer le fruit de notre observation. Il est basé sur douze cas dont la plupart, remontant à quelques années nous permettent de juger la valeur de l'intervention chirurgicale.

Nous remercions très particulièrement, Monsieur le Docteur Picot, Chirurgien des Hôpitaux, de nous avoir inspiré le sujet de notre travail.

Nous devons à l'amabilité de Monsieur le Docteur Rouffiac, ancien Interne des Hôpitaux, les examens histologiques dont nous avons eu besoin. Nous lui adressons nos vifs remerciements.

ERRATA

Page 12 : au lieu de : un développement tardif et surtout

Lire : UN DÉVELOPPEMENT TARDIF ET C'EST SURTOUT

Page 18 : au lieu de : au point de vue chirurgical, H. la forme

Lire : AU POINT DE VUE CHIRURGICAL, LA FORME

Page 40 : au lieu de : et on le tond de façon

Lire : ET ON LE TOND DE FAÇON

Page 47 : au lieu de : la température eest

Lire : LA TEMPÉRATURE EST

Page 61 : au lieu de : kyste dermoïde suppurée

Lire : KYSTE DERMOÏDE SUPPURÉ

ÉTIOLOGIE

FRÉQUENCE. — Parmi les cas de tuberculose génitale chez la femme, la tuberculose des trompes occupe la première place par ordre de fréquence. La tuberculose de l'ovaire est moins fréquente, et parmi nos douze cas de tuberculose annexielle nous avons deux cas isolés de tuberculose ovarienne et un seul de tuberculose tubo-ovarienne.

Voici ce que nous apprend l'examen des différents cas de tuberculose génitale où le diagnostic a été fait, soit par la clinique, soit par l'examen macroscopique ou histologique de la pièce extirpée.

Si nous pensons à la grande quantité d'hystérectomies pratiquées pour annexites qui n'ont pas été suivies d'un examen histologique, nous déduirons presque à coup sûr que la tuberculose annexielle, et surtout celle des trompes, est plus fréquente qu'on ne croit.

*
**

AGE. — La tuberculose annexielle frappe la femme en pleine période d'activité génitale, entre 18 et 30 ans de préférence. Quelquefois unilatérale, elle est plus souvent bilatérale. Très souvent, c'est la jeune femme qui en est atteinte, quelquefois c'est la jeune fille.

*
**

APLASIE GÉNITALE. — Qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre,

le type de la malade est presque toujours le même : elle a eu un développement tardif, et surtout le bassin et les organes génitaux qui sont frappés d'aplasie. La menstruation est apparue assez tard, et depuis, les règles sont irrégulières et plus ou moins douloureuses; elles apparaissent le plus souvent avec du retard; quelquefois avec de l'avance et du retard sans ordre fixe. Leur durée est variable et elles sont habituellement peu abondantes. Très souvent des périodes d'aménorrhée plus ou moins longues s'installent, arrivant même à l'aménorrhée complète. La leucorrhée est moins fréquente, sauf infection secondaire.

Ces malades ont un type spécial: le facies est anémique; le thorax et les seins sont mal développés; le bassin est étroit nous rappelant le bassin infantile; le système pileux du pubis est pauvre; le vagin est souvent étroit et quelque fois le toucher ne permet que l'introduction d'un seul doigt; l'utérus est petit, infantile et son col est petit, conique, à orifice punctiforme. En somme, la malade présente d'ordinaire, les caractères d'une aplasie génitale, et chez la jeune femme l'infécondité est très fréquente.

*
**

RÔLE DES INFECTIONS ANNEXIELLES ANTÉRIEURES. — La majorité des auteurs classiques estiment que la tuberculose annexielle est le plus souvent secondaire à une infection génitale banale, la salpingite gonococcique ou puerpérale faisant le lit à la tuberculose.

Il semble résulter de nos observations que cette manière de voir est inexacte, et nous pensons au contraire que la tuberculose est primitive et que dans les cas d'infection mixte,

l'infection banale est secondaire. La tuberculose s'est réchauffée et infectée comme cela s'observe pour les autres tuberculoses.

Nous rapportons plus loin plusieurs observations qui démontrent de la façon la plus nette notre manière de voir. Il s'agit de jeunes femmes *n'ayant aucun passé puerpéral, n'ayant jamais présenté la moindre infection métritique*, et qui sans cause, sont prises d'accidents abdominaux graves. L'une de nos malades (observation I) avait été examinée plusieurs fois au cours des mois précédents pour une petite tumeur de l'ovaire gauche qui avait été étiquetée kyste et qui n'était autre chose que l'annexite bacillaire vue au début. D'autre fois (observation II), la tuberculose a été une trouvaille chez une jeune fille vierge.

Dans plusieurs cas la malade a été opérée en période d'infection grave, et les lésions observées étaient des lésions tuberculeuses déjà très anciennes, avec caséification étendue, grosses réactions fibreuses de défense, etc. et il est difficile d'admettre que semblables lésions, — si la tuberculose avait été secondaire à une annexite banale, — aient eu le temps d'arriver à un tel degré de développement en un laps de temps si court. (Observation VI).

*
**

RÔLE DE LA PUERPÉRALITÉ. — Nous avons déjà eu l'occasion de faire remarquer que très souvent les femmes atteintes de tuberculose génitale présentaient de l'aménorrhée. Néanmoins dans plusieurs de nos observations, on relate dans les antécédents de la malade un passé puerpéral. On ne peut pas dans ces cas, ne pas être frappés de la rapidité avec laquelle les accidents bacillaires se sont développés après

l'accouchement ou la fausse couche. Dans un cas (observation XII), une malade est opérée 3 mois après un accouchement normal. Elle présentait un énorme abcès froid de l'ovaire adhérent à l'intestin et qui avait été pris pour un kyste dermoïde de l'ovaire. A l'intervention, les anses intestinales et le petit bassin étaient farcis de granulations. Ces lésions bacillaires existaient certainement avant l'accouchement, car on a peine à croire qu'en quelques semaines un ovaire puisse être transformé en un énorme abcès froid. Mais nous ne pouvons nous empêcher de penser que la puerpéralité a donné dans ce cas un coup de fouet aux lésions, comme en témoigne la véritable éclosion de granulations pelviennes et intestinales.

Dans une autre observation (n° V), une jeune femme est opérée de tuberculose lardacée de la trompe gauche avec abcès froid tubaire, deux semaines après une fausse couche de deux mois et demi. Dans une troisième observation (n° VI), une malade est opérée deux mois après une fausse couche de 3 semaines, d'une tuberculose bilatérale des trompes avec abcès froid pelvien ouvert dans le rectum.

Comme dans l'observation XII, ces deux derniers faits semblent bien montrer que la puerpéralité a sur l'évolution des lésions tuberculeuses du petit bassin, une influence nettement défavorable.

* *

PASSÉ TUBERCULEUX. — L'analyse du passé tuberculeux de nos malades, nous montre dans la majorité des cas, des malades sans passé personnel. Quelques-unes mentionnent des parents tuberculeux; et une seule présentait un passé suspect (pleurésie et toux chronique pendant quelques mois).

*
* *

La tuberculose annexielle s'installe donc de préférence chez des malades sans passé tuberculeux.

Nous avons vu que l'infection tuberculeuse des annexes, en cas d'infection mixte, devait être considérée comme primitive, cette dernière étant secondaire.

Nous avons vu aussi que la tuberculose annexielle peut se développer chez des jeunes filles vierges de tout passé génital.

La localisation génitale de la tuberculose, peut donc être considérée dans l'immense majorité des cas, comme une tuberculose primitive. Il semble bien que cette opinion soit également celle de MM. Faure et Siredey lorsqu'ils écrivent: « La tuberculose des organes génitaux est beaucoup plus souvent qu'on ne l'a dit, *primitive*, ou du moins, on ne l'observe que rarement chez des tuberculeuses avérées qui présentent des lésions pulmonaires en évolution. Mais elle est souvent comme la tuberculose urinaire, la première manifestation d'une tuberculose latente, ignorée ». (*)

(*) Faure et Siredey. *Traité de Gynécologie*, 1923. Doin, éditeur

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous envisagerons séparément la tuberculose de l'ovaire de celle de la trompe.

TUBERCULOSE DE L'OVAIRE. — La tuberculose de l'ovaire est moins fréquente que celle de la trompe. Nous rapportons douze cas de tuberculose annexielle parmi lesquels nous avons deux cas de tuberculose ovarienne, et un cas où la trompe et l'ovaire présentaient des lésions tuberculeuses.

Dans nos deux cas de tuberculose ovarienne (Observations I et XII), l'aspect anatomo-pathologique était le suivant: l'un d'eux montrait une énorme poche droite contenant deux abcès froids ovariens; la trompe était placée dans l'épaisseur du plafond de cette poche et ne présentait aucune lésion, ni macroscopique, ni histologique (Fig. I).

Le deuxième cas montre l'ovaire droit transformé en une véritable éponge de pus mélangé à des masses mastic; l'ovaire gauche constituait aussi, une poche pleine surtout de matière mastic. Les deux poches adhéraient intimement aux organes voisins, et leur extirpation fut très laborieuse. Des granulations miliaires tapissaient les organes pelviens et le péritoine pariétal, chez nos deux malades.

Dans le troisième cas, il s'agissait d'un abcès froid de l'ovaire droit avec salpingite tuberculeuse gauche. Le diagnostic macroscopique de tuberculose ovarienne ne laissait

point de doute. La trompe ne paraissait pas atteinte, mais l'examen histologique a montré chez elle des lésions tuberculeuses manifestes (fig. V et VI).

Nous avons donc deux cas typiques de tuberculose ovarienne primitive et malgré l'opinion des différents auteurs qui classent la tuberculose ovarienne comme secondaire, nous croyons à l'atteinte première de cet organe comme nos deux observations le montrent nettement.

* *

TUBERCULOSE DE LA TROMPE. — La salpingite tuberculeuse se montre sous les aspects les plus variés. Nous ne rappellerons pas toutes les classifications données par les auteurs; nous reproduirons seulement celle de Forgue et Massabuau qui nous paraît la plus claire:

1° Forme granulique ascitogène de la trompe.

2° Tuberculose lardacée de la trompe avec pelvi-péritonite adhésive.

3° Tuberculose endosalpingienne:

a) forme catarrhale.

b) forme nodulaire.

c) forme caséuse.

d) abcès froid tubaire.

e) hydrosalpinx tuberculeux.

* *

Au point de vue chirurgical, H la forme granulique appartient au groupe des péritonites tuberculeuses. C'est seulement à cause de la localisation des lésions au niveau des

organes pelviens, qu'on la fait rentrer dans la classification des tuberculoses génitales. Nous la laisserons donc de côté.

La forme catarrhale, la forme nodulaire et l'hydrosalpinx, ne seront diagnostiqués qu'au microscope. Ni la clinique, ni l'examen macroscopique ne sont suffisants pour reconnaître la nature tuberculeuse de ces lésions. Elles ne se différencient guère des lésions salpingiennes banales.

Il nous reste donc trois formes qui méritent une description spéciale: la tuberculose lardacée de la trompe avec pelvi-péritonite adhésive; la forme endosalpingienne caséeuse, et l'abcès froid tubaire.

*
**

TUBERCULOSE LARDACÉE DE LA TROMPE AVEC PELVI-PÉRITONITE ADHÉSIVE. — Dès l'ouverture de l'abdomen, on constate toute une série d'aspects anatomo-pathologiques au niveau des organes, au fur et à mesure que nous les abordons: l'épiploon adhère souvent à la paroi abdominale antérieure et presque toujours à la vessie; toute libération sans resection est impossible.

Les anses grêles, adhérentes entre elles, adhèrent très souvent aux annexes. Le côlon pelvien vient presque toujours adhérer aussi aux annexes, à l'utérus et à la vessie. Sa libération est difficile, car il se laisse blesser très facilement.

Les trompes sont épaisses, remplies de pus, quelquefois de dureté ligneuse; elles sont rouges vineuses, d'aspect lardacé ou œdemateux. Les pédicules sont œdemateux, infiltrés, et se laissent facilement couper par les fils de ligature. Il faut avoir présent à l'esprit cette particularité au cours de l'intervention.

Les masses salpingiennes adhèrent aux organes voisins et

aux parois pelviennes, par des adhérences dures, congestionnées, renfermant des tubercules plus ou moins ramollis.

La vessie est souvent très adhérente à l'utérus et présente une consistance cartonnée. L'utérus à son tour, adhère au rectum. Tous les organes pelviens forment donc un bloc où les adhérences sont souvent le siège de collections suppurées ou de poches de péritonite séreuse. Le tout est plus ou moins tapissé par des tubercules miliaires.

*
**

Nous voyons donc que l'aspect de ces lésions est très varié. Ceci explique les différents qualificatifs donnés par les auteurs dans leurs descriptions. En réalité, on trouve en même temps les aspects les plus divers et les différentes manifestations de la tuberculose à tous ses degrés, depuis la granulation qui recouvre les anses intestinales ou le péritoine, jusqu'à la tuberculose fibreuse qui soude intimement certains organes entre eux, en passant par l'abcès caséux des trompes et les abcès froids juxta-intestinaux.

*
**

TUBERCULOSE ENDO-SALPINGIENNE (salpingite caséuse et abcès froid tubaire). — La salpingite caséuse ne nous intéresse au point de vue du diagnostic anatomo-pathologique qu'en la considérant comme une lésion qui donnera origine au pyosalpinx. En effet, elle n'est qu'un stade avancé de salpingite nodulaire dont les nodules subissent l'évolution caséuse, transformant l'endo-salpinx en une couche fongueuse, en une véritable paroi d'abcès froid dont les détritux s'accumulent dans la lumière de la trompe en la distendant progressive-

ment. C'est l'abcès froid tubaire qui en prendra origine, et parmi les formes endosalpingiennes, c'est lui qui est la plus caractéristique.

Le processus se fait d'ordinaire au niveau de la région externe de la trompe. Les franges du pavillon tubaire se rétractent et l'ostium abdominal se ferme; une cavité close est ainsi formée et l'accumulation du pus et des détritux caséux la distendent progressivement. L'abcès froid tubaire est d'ordinaire bilatéral et arrive quelquefois à des dimensions énormes: ainsi dans notre cas personnel (fig. IV), le contenu de chaque trompe était de 1.250 grammes; les deux énormes poches occupaient tout l'abdomen. L'abcès affecte la forme d'une poire à extrémité interne ou d'une cornemuse; la région isthmique de la trompe lui sert de pédicule et est à peine dilatée. La paroi de la trompe devient très mince et sa surface externe est d'ordinaire lisse sans adhérences. Quelquefois des granulations miliaires recouvrent le péritoine viscéral et pariétal. Quant à l'ovaire on le trouve aplati, étalé dans le méso-tubaire.

*
**

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Les lésions histologiques des annexes sont celles qu'on trouve dans tout organe frappé de tuberculose. Ces lésions varient depuis les amas lymphoïdes et les cellules épithélioïdes jusqu'au follicule tuberculeux typique avec cellule géante, crû ou en voie de caséification. Les lésions se localisent d'ordinaire pour l'ovaire, au niveau de la couche ovigène; et dans les cas d'abcès froid ovarien cette couche devient difficile à délimiter.

Pour la trompe, dans toutes les formes de salpingite tuberculeuse, la muqueuse est le siège principal des lésions. On

constate en outre un épaississement de la musculouse et des dilatations vasculaires. Dans les cas d'abcès froid tubaire, la musculouse est presque totalement disparue; par contre, on constate un développement anormal du tissu fibreux. Quant à la muqueuse, elle est comme dans la salpingite le siège principal des lésions; seulement, le processus de caséification la détruit progressivement.

*
* *

Nous reproduirons seulement l'examen histologique d'un de nos cas (tuberculose miliare des trompes avec abcès froid ovarien droit, obs. IX, figures 5 et 6).

OVAIRE. — Volumineux abcès. Un fragment de la paroi jusqu'à la surface de l'ovaire est prélevé pour l'examen.

La paroi de l'abcès est formée d'une membrane germinative formée de cellules lymphoïdes accumulées, agglutinées et faisant progressivement du pus par nécrose. A mesure qu'on s'éloigne de la cavité, le tissu devient plus dense et présente quelques cellules géantes au milieu d'une bande continue de cellules épithélioïdes. Les quelques millimètres qui suivent cette région, quand on se dirige vers la surface de l'ovaire présentent la zone d'accroissement de l'abcès, et est constituée par un tissu dense dans lequel sont disséminées à des degrés d'évolution variés des follicules tuberculeux typiques, dont certains sont punctiformes, réduits à un simple amas de cellules lymphoïdes, d'autres centrés par une ou deux cellules géantes, d'autres enfin à centre nécrotique, les cellules géantes étant repoussées à la périphérie. Grosse congestion de tout le tissu avoisinant.

A distance de cette lésion caractéristique formée de sa mem-

brane germinative avec sa zone d'accroissement, il existe des nombreux foyers tuberculeux limités, formés de deux à trois follicules agglomérés; ils se rencontrent surtout à la surface de l'ovaire sur lequel ils forment des légères bosselures.

*
* *

TROMPES. — Prélèvements pratiqués le long des trompes qui ne paraissaient pas augmentées de volume et dont la muqueuse paraît à première vue normale.

Les coupes montrent des lésions diffuses caractérisées par des follicules absolument typiques (cellules géantes, couronne de cellules épithélioïdes, cellules lymphoïdes périphériques), qui sont disséminés dans toute l'épaisseur de la muqueuse, qui présente en outre une congestion intense et quelques modifications (dégénérescence cellulaire) du revêtement cylindrique; les cellules géantes sont énormes et à plusieurs noyaux.

L'examen des parois de la trompe révèle aussi, dans l'épaisseur de la couche musculaire dont les vaisseaux sont très dilatés, des nombreuses granulations tuberculeuses. Du reste ces lésions s'étendent à tout le tissu cellulaire de l'aileron moyen du ligament large où les lésions de congestion et d'œdème sont intenses et où existent disséminés nombreux petits follicules et des amas de cellules lymphoïdes qui font saillie jusque sous le péritoine.

*
* *

En résumé, tuberculose typique salpingo-ovarienne, caractérisée par un abcès froid de l'ovaire droit et par des lésions diffuses de dissémination tuberculeuse dans les trompes et dans tous les tissus voisins (ligament large).

SIGNES ET DIAGNOSTIC

On ne peut pas dire qu'il y ait en clinique une symptomatologie nettement définie de la tuberculose annexielle. Ainsi parmi nos malades nous avons observé deux groupes cliniques: 1° On ne trouve parmi les symptômes qui amènent la malade à notre consultation aucun signe qui puisse faire soupçonner une tuberculose. La tuberculose annexielle ne se laisse guère soupçonner et sa constatation à l'opération est une trouvaille. 2° La malade arrive en pleine période aiguë de pelvi-péritonite. Ce ne sera que plus tard, quand la crise sera finie ou presque disparue que l'on observera des phénomènes intéressants ou point de vue du diagnostic de tuberculose annexielle.

*
**

1. LA TUBERCULOSE ANNEXIELLE EST UNE TROUVAILLE. — En voici quelques exemples: une de nos malades est venue consulter parce que son ventre augmentait de volume. En dehors de ceci il n'y avait aucun passé à signaler, ni aucun trouble accompagnant cette augmentation de volume. On porte le diagnostic de double kyste de l'ovaire. Après laparotomie, on trouve deux énormes abcès froids tubaires (observation II, fig. 4).

Une autre se plaignait de petites poussées thermiques et de débauches purulentes par le rectum. Aucun passé à signaler. On constate plus tard une tuberculose des trompes ouverte dans le rectum (observation VIII).

Une troisième malade consulte quelques semaines après un accouchement pour des pertes tantôt sanglantes, tantôt purulentes, fièvre et douleurs abdominales. A l'intervention, on trouve une tuberculose de l'ovaire droit qui renfermait deux abcès froids (observation XII, fig. 1).

Une quatrième, appendicectomisée un an auparavant, consulte pour tumeur et fistule de la fosse iliaque droite, fièvre et amaigrissement. On porte le diagnostic de tuberculose du cœcum fistulisée. L'intervention nous montre une tuberculose des trompes ouverte dans le rectum, une fistule partait du foyer et allait rejoindre la cicatrice d'appendicectomie (observation VI).

*
* *

Voici quatre exemples où les signes existants se prêtaient à des interprétations très variées. Le diagnostic devient dans ce cas, impossible, et tout ce que l'examen consciencieux des malades et de leur histoire peut faire pour nous aider, c'est d'éveiller chez nous un soupçon de tuberculose. Nous ne saurons insister sur l'état général dont les altérations forment un tableau qui appartient à des manifestations pathologiques diverses. Le diagnostic devient donc une trouvaille d'intervention.

*
* *

2. PELVI-PÉRITONITE. — Dans ces cas la maladie évolue d'une façon aiguë. Avant ce début brusque, la malade se plaignait de quelques troubles tantôt généraux, tantôt génitaux ; ou elle ne se plaignait de rien. Et, brusquement, des douleurs aiguës sont apparues au bas ventre, s'irradiant vite sur tout l'abdomen et la région lombaire. La température est montée à 39°-40° ; le pouls devient petit, rapide ; la malade vomit où

elle est prise de nausées; le facies est pâle, angoissé, péritonéal; il y a quelquefois des pertes jaunâtres, purulentes qui n'avaient presque jamais présenté de tels caractères. Bref, c'est le tableau de l'infection aiguë.

L'examen physique ne nous renseigne guère au moment de cet état aigu. Le ventre est très douloureux et impossible à palper; quelquefois il montre une défense très grande surtout marquée au niveau de la région sous-ombilicale. Le toucher est impraticable; la seule entrée du doigt éveille des douleurs insupportables.

En somme, tout ceci ne nous dit rien sur une tuberculose annexielle. Nous saurons plus tard, quand les phénomènes aigus auront disparu, qu'il s'agit d'une tuberculose infectée, depuis longtemps silencieuse et devenue bruyante sous le coup de l'infection secondaire. Deux de nos malades, présentaient au cours de cette infection une grosse collection pelvienne bombant dans le Douglas; on était si éloigné de l'idée de tuberculose, qu'on leur fit une colpotomie avec l'espoir de faire tomber la température.

*
* *

Au cours de la crise aiguë, un diagnostic d'emblée est généralement difficile et l'on ne songera à la tuberculose que si l'on observe quelques-uns des symptômes sur lesquels nous avons déjà insisté. Nous voulons parler de l'aspect général de la malade avec le bassin étroit et petit, des troubles de la fonction ovarienne caractérisés surtout par l'aménorrhée, — l'absence de passé puerpéral, de métrite — si le toucher permet de reconnaître un col normal et vierge, non ulcéré. Mais très souvent au moment de cette crise aiguë, le diagnos-

tic ne peut être que soupçonné et, pour le porter avec certitude, il faut attendre l'évolution de la maladie.

En effet, les phénomènes inflammatoires diminuent; le ventre se laisse mieux examiner, étant moins douloureux; et l'on constate alors deux symptômes de très grande importance: la persistance de la température et la forme de la courbe thermique d'une part; d'autre part, la présence dans l'abdomen de lésions génitales très étendues et que le traitement par la glace et le repos ne modifient pas.

La température fait des grandes oscillations au-dessus de la normalité en véritable courbe hectique typique. Au toucher, on trouve un utérus fixé de toutes parts; de chaque côté et dans le Douglas il existe une masse volumineuse d'une consistance irrégulière, arrivant quelquefois à mi-hauteur de l'ombilic et dans laquelle il est impossible de reconnaître le fond de l'utérus. Ces masses ne sont pas très douloureuses à la palpation.

Le repos, l'immobilité, la glace en permanence ne modifient ni la courbe thermique, ni l'aspect des lésions pelviennes. On note en même temps une anorexie persistante, de la tachycardie et un amaigrissement marqué de la malade.

Il faut reconnaître la nature bacillaire de ces lésions pelviennes pour ne pas exposer ces femmes tuberculeuses à un jeûne prolongé.

TRAITEMENT

INDICATIONS. — Toute tuberculose annexielle doit être opérée. Abandonnée à elle-même, elle ne guérit pas. L'intervention doit être faite le plus tôt possible. On ne saurait retarder une hystérectomie à partir du moment où l'on a diagnostiqué, ou au moins soupçonné une tuberculose annexielle. Trois de nos malades ayant consulté trop tard, avec des lésions très étendues et très avancées, sont mortes; la première, tuberculeuse de longue date est morte le troisième jour de son opération; les deux autres ont fait quelque temps après une localisation secondaire grave. Observations IV. VII et X.

Autant que possible le traitement sera l'hystérectomie totale; la toilette du bassin est meilleure et le drainage, point très important comme nous le verrons plus loin, sera facilité par la voie vaginale. Le drainage abdominal est malheureusement suivi assez souvent de tuberculisation de la paroi, qui ne guérit que par l'héliothérapie ou les rayons ultra-violet. Nous n'avons jamais observé pareille complication à la suite du drainage vaginal.

Une tuberculose pulmonaire coexistante et au début, ne paraît pas être une contre-indication à l'hystérectomie.

*
* *

SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES. — L'état général des malades atteints de tuberculose annexielle est presque toujours mauvais. Il est donc utile avant l'intervention de les remonter.

Pendant plusieurs jours elles devront être soumises aux injections intra-rectales de sérum glucosé et aux injections d'huile camphrée. Pendant les cinq jours précédant l'opération, il est utile de leur faire prendre dix gouttes chaque jour, de solution d'adrénaline au millième.

L'anesthésie de choix est la rachi-anesthésie. En effet, l'éther peut produire chez ces malades affaiblies des complications pulmonaires. Le chloroforme est aussi à craindre, car il faut se méfier des lésions surrénales possibles chez les malades tuberculeuses. La rachi-anesthésie donne un silence abdominal complet et permet mieux que tout autre anesthésique de pratiquer correctement ces interventions, toujours difficiles et d'une certaine durée.

*
* *

INTERVENTION. — L'intervention est toujours une opération très difficile en raison des adhérences intimes du bloc génital avec les organes voisins.

Habituellement, dès l'ouverture de l'abdomen, on se trouve bloqué par l'épiploon dont l'extrémité inférieure est soudée à la paroi abdominale et à la vessie, cachant ainsi tout le bassin. On est obligé de le réséquer, résection souvent laborieuse, pour arriver à placer la valve sus-pubienne.

Les masses annexielles sont toujours recouvertes par l'intestin. C'est tantôt le côlon pelvien, tantôt le cœcum ou les anses grêles, ayant une consistance cartonnée qui viennent adhérer intimement au bloc génital. Leur décollement devient un temps important et difficile; en effet, difficile, par lui-même, la déchirure de l'intestin dont la fragilité est extrême peut avoir des conséquences graves, telle que la fistulisation.

*
* *

Il est exceptionnel que l'on puisse pratiquer une hystérectomie par la méthode habituelle.

Dans certains cas, l'isolement d'un pédicule utéro-ovarien permet d'aborder le procédé américain de gauche à droite, ou de droite à gauche.

D'autres fois, on n'aperçoit que le fond utérin. Dans ces cas, l'hémisection utérine est toute indiquée, soit que l'on fasse une hystérectomie sub-totale ou qu'on soit obligé de faire une sub-totale suivie de totalisation.

Il arrive souvent que le fond utérin est méconnaissable par le grand nombre d'adhérences qui le cachent, ou par de l'intestin qui vient se souder à lui intimement. Dans ces conditions, si l'on repère un ligament rond, on peut, après section de celui-ci sectionner le col, ou mieux ouvrir le vagin et faire une hystérectomie par décollation de bas en haut.

*
* *

Notre hystérectomie finie, il nous reste deux temps à soigner: la péritonisation de la région cruantée, et le drainage.

La péritonisation: Presque toujours on se trouve dans l'impossibilité de péritoniser. Il est très difficile et quelquefois impossible d'amener un péritoine qui a perdu toute son élasticité et qui est le siège d'adhérences succulentes saignant très facilement. Néanmoins dans les tuberculoses unilatérales et dans très peu de bilatérales on arrive à péritoniser un seul côté d'une façon assez satisfaisante.

Dans l'impossibilité de faire une bonne péritonisation, nous nous adressons à l'excellente méthode du drainage vaginal suivi d'une exclusion du bassin par le côlon pevien.

Drainage et exclusion: Il faut, sauf dans les cas très graves, éviter à tout prix le drainage abdominal.

Nous éviterons ainsi des fistules de la paroi, souvent intarissable qui finissent par fatiguer la malade et risquent de compromettre le résultat de l'opération.

Le drainage vaginal lui est de beaucoup supérieur; un drain vaginal entouré de mèches (deux suffisent ordinairement) qui tamponnent la surface cruentée et dont les extrémités inférieures sortent par le vagin, formant une sorte de Mickulicz vaginal dont les résultats sont excellents.

Quant à l'exclusion, elle sera faite par le côlon pelvien amené au contact de la vessie et des parois latérales pelviennes. Très souvent ce tractus de l'intestin pelvien a perdu lui aussi sa souplesse; il est cartonné. Dans ces conditions il est utile de le fixer par des points prenant appui sur ses franges épiploïques et à leur défaut sur sa bandelette musculaire (voir figure 7).

La fermeture de la paroi sera faite par les moyens courants.

*
* *

SUITES POST-OPÉRATOIRES IMMÉDIATES. — L'intervention est une opération longue et choquante.

Chez ces malades presque toujours très affaiblies, le choc opératoire est très sérieux. La température présente une grosse élévation et le pouls est petit et rapide. Il faut instituer de suite un traitement d'urgence; quelquefois les injections intra-veineuses et le réchauffement sont suffisants; parfois, il faudra faire de la digitale sous-cutanée et de l'huile camphrée.

Les mèches seront enlevées vers le quatrième ou cinquième jour. Une injection à l'eau oxygénée les décolle et facilite leur

enlèvement. Le drain est laissé seul; il sera enlevé dans les jours qui suivent, d'accord avec l'état de la courbe thermique.

*
**

SUITES ÉLOIGNÉES. — Sauf trois cas malheureux opérés trop tard, toutes nos malades ont guéri. De ces trois cas, deux malades (obs. IV et X) ont été opérées dans un état de cachexie et les lésions abdominales étaient extrêmement avancées. La première, tuberculeuse de longue date, est morte le troisième jour de son opération. La seconde, trois semaines plus tard succombait à une méningite tuberculeuse. Dans le troisième cas (obs. VII), les lésions tuberculeuses abdominales étaient très étendues; déjà avant l'opération il existait une fistule faisant communiquer le rectum et le vagin, et au cours de l'opération il existait déjà des lésions tuberculeuses de l'intestin. La malade est sortie de son opération avec une fistule intestinale qui contribua à la cachectiser davantage. Cette opérée finit par succomber treize mois après l'hystérectomie, aux progrès de cette tuberculose intestinale.

Nous avons eu l'occasion de voir d'autres cas de fistule stercorole semblables à celle de notre malade; le résultat final fut le même. Il faut considérer la déchirure de l'intestin au cours de l'intervention comme une complication très grave et qui peut entraîner la mort, en augmentant chez ces tuberculeuses la dénutrition générale; elle est grave aussi parce qu'elle est la conséquence d'une tuberculisation de l'intestin.

Il est donc extrêmement important de pratiquer avec la plus grande douceur et les plus grandes précautions, le décollement de l'intestin. En cas de blessure, si la suture de l'intestin paraît précaire, il vaudrait peut-être mieux réséquer franchement l'anse atteinte.

Quant aux autres malades, nous avons eu l'occasion de les revoir en parfaite santé: leur poids était considérablement augmenté; elles avaient repris une vie active; leur abdomen était souple, nullement douloureux et le toucher vaginal ne révélait rien d'anormal.

Contrairement à ce qu'on a l'habitude d'observer chez les hystérectomisées pour fibrome ou salpingite banale, il est exceptionnel que les malades opérées de tuberculose annexielle, se plaignent de troubles en rapport avec la suppression des ovaires. Une seule malade sur nos neuf cas heureux, a accusé un peu de nervosité et de légères bouffées de chaleur. Toutes les autres ne se sont plaintes d'aucun malaise.

*
* *

. Si nous comparons les résultats vraiment excellents que donne l'hystérectomie dans la tuberculose génitale, à ceux que l'on obtient dans les autres tuberculoses chirurgicales, on peut dire sans exagération que les premiers sont infiniment aux supérieurs aux seconds.

Après une amputation du cœcum pour tuberculose ou d'une résection du genou pour ostéo-arthrite bacillaire, pour ne citer que ces deux exemples, on n'observe jamais une guérison aussi complète, ni une reprise aussi parfaite de l'état général.

Nous nous demandons, connaissant l'influence habituellement néfaste qu'exerce la puerpéralité et les périodes de menstruation sur l'évolution de la tuberculose en général, si la suppression de la fonction ovarienne qui détermine des modifications si profondes de l'organisme, ne doit pas être

rendue responsable de la qualité de la guérison de nos malades. Nous avons signalé qu'il est exceptionnel chez ces dernières, d'observer des signes d'insuffisance glandulaire ; c'est là encore un fait bien particulier que nous signalons sans vouloir en tenter l'explication.

OBSERVATIONS (*)

(*) Toutes ces malades ont été opérées par M. le Docteur Picot, Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

OBSERVATION I

Tuberculose des ovaires (abcès froids) avec pelvi-péritonite (fig. 2)

Mme F... 28 ans, est examinée d'urgence en pleine crise de pelvi-péritonite.

Passé génital nul (ni fausse couche, ni enfants). Règles irrégulières et en petite quantité (retards plus ou moins longs).

Pas de passé tuberculeux.

HISTOIRE DE SA MALADIE. — Le mois d'août 1918, étant à Lyon, la malade consulte à l'occasion d'une petite crise douloureuse de la fosse iliaque gauche. La crise était de petite intensité et peu de temps après la malade a pu reprendre ses occupations.

Six mois après, elle a été reprise des mêmes douleurs au cours d'un voyage à Rennes, où elle a consulté. On trouve alors dans le ligament large gauche, une petite tumeur grosse comme un œuf de pigeon et peu douloureuse.

Depuis cette époque elle souffre de l'abdomen de temps à autre. Au mois de mai 1920, au cours d'un séjour en Bretagne, elle a été reprise d'accidents abdominaux cette fois très aigus avec vomissements, ballonnement du ventre et fièvre élevée.

On emmène la malade immédiatement à Paris et l'on constate à ce moment tous les symptômes d'une pelvi-péritonite. Au toucher l'utérus est fixe ; son col est petit, régulier, sans métrite. Une masse très douloureuse l'entoure occupant tout le petit bassin. Fièvre de 40°. Pouls petit et rapide.

Les signes aigus abdominaux s'étant accentués on fait une colpotomie le 18 juin 1920. Il s'est écoulé du pus en grande quantité, mélangé à des matières mastic, à tel point, que l'on pense à ce moment à un kyste dermoïde infecté. Mais les accidents aigus persistent malgré la colpotomie et le 19 août on fait une laparotomie.

INTERVENTION. — A l'ouverture de l'abdomen on constate une soudure complète du grand épiploon à la paroi abdominale antérieure. Il est impossible de placer la valve sus-pelvienne. Resection de l'épiploon qu'on sectionne et qu'on ligature en cinq paquets. Tout le bassin est rempli d'une masse où l'on ne distingue sur la gauche que le côlon pelvien qui est inclus. Ailleurs c'est un magma où l'on ne distingue rien.

On décolle en avant voulant découvrir la vessie, mais on se rend compte qu'on passe devant elle. En la soulevant on perçoit au toucher, une masse dure qu'on isole ; c'est le fond utérin qu'on repère par deux pinces à traction. On décolle le cul-de-sac vesico-utérin en rasant l'utérus. On découvre le ligament rond droit ; on le sectionne et on pénètre dans le ligament large droit. Pincement de l'utérine droite. Section du vagin au-dessous du col qu'on saisit avec une pince à traction, et on le tond de façon à sectionner toute la circonférence du vagin. De bas en haut on décolle les annexes droites. Ligature du pédicule ovarien et isolement du côlon pelvien. Ligature de l'utérine gauche et du ligament rond. Extirpation dernière des annexes gauches, très adhérentes au rectum, qu'on isole aux ciseaux. Hémostase-Drain et mèche vaginaux L'exclusion du bassin devient difficile à cause de l'état du colon pelvien. Fermeture de l'abdomen en trois plans au catgut. (Fig. 2).

SUITES. — Aucun accident n'est venu interrompre la guérison.

Nous avons revu la malade à plusieurs reprises. Son état de santé était si florissant qu'elle est venue consulter pour demander si un régime pour maigrir ne lui conviendrait pas, trouvant qu'elle avait trop engraisé. Depuis son opération elle ne se plaint d'aucun trouble et mène une vie très active.

OBSERVATION II.

Abcès froid tubaire bilatéral (fig. 4)

Mlle G..., 19 ans consulte pour augmentation de volume du ventre.

Aucun passé tuberculeux ni génital à signaler.

Depuis que son ventre grossit, léger amaigrissement. Règles pauvres en quantité, de courte durée et très souvent retardées. Pas de pertes blanches. Jamais de rapports sexuels.

La malade ne peut préciser le début de cette augmentation de volume.

*
**

A l'examen, jeune fille un peu anémique. Bassin infantile. Ventre gros et renitent, nullement douloureux. Pas de fièvre. Le toucher rectal montre en explorant les organes génitaux, deux énormes masses rénitentes qui occupent tout le bassin. Le toucher n'est pas douloureux.

On fait le diagnostic de double kyste de l'ovaire et on décide une intervention.

INTERVENTION. — Dès que la laparatomie est faite on tombe sur deux énormes pòches. On extériorise la masse gauche après avoir prolongé l'incision au-dessus de l'ombilic. Les deux masses sont libres, sans adhérences. On fait un américain de gauche à droite sans aucune difficulté. Pas de drainage. Fermeture de la paroi en trois plans.

*
**

La masse gauche renfermait 1.250 grammes de pus tuberculeux. La droite 1.500 grammes. Utérus très petit. (Fig. 4).

*
**

SUITES. — La malade a guéri très vite sans le moindre accident. Elle est revenue nous voir quelque temps après, en parfaite santé. Elle avait beaucoup engraisé et ne se plaignait de rien.

OBSERVATION III.

Tuberculose lardacée des trompes avec tuberculose péritonéale

Mlle S..., 20 ans, employée de commerce, vient à l'hôpital le 29 décembre 1921 pour crise douloureuse aiguë abdominale.

Aucun passé génital (ni fausse couche, ni enfants). Réglée à 18 ans ; règles toujours en retard ; des périodes d'aménorrhée de temps en temps.

Passé tuberculeux nul.

HISTOIRE DE SA MALADIE. — La malade a toujours eu une santé délicate. Depuis l'apparition de ses règles à 18 ans elle se plaint des douleurs au bas ventre, surtout marquées au moment des règles. Depuis quelques mois elle maigrit et ces derniers temps son amaigrissement est devenu inquiétant. En même temps elle faisait de la fièvre tous les soirs. Anorexie.

Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, elle a été prise des douleurs aiguës au bas ventre avec fièvre élevée et vomissements.

* *

A l'examen : malade très amaigrie à teint anémique très marqué. Température de 39. Pouls petit et rapide. Facies péritonéal. Ventre très douloureux ne permettant une palpation soignée.

Quelque temps après un traitement de glace et de repos, le palper abdominal fait sentir un ventre ayant perdu toute sa souplesse. Au toucher on sent un col petit et vierge. Le fond de l'utérus est impossible à délimiter. Cet organe est fixe au milieu d'une masse dure peu douloureuse qui occupe les régions annexielles et comble le Douglas. Bassin infantile. Vagin étroit.

Malgré la disparition des phénomènes locaux aigus, la fièvre persiste en courbe hectique et la masse ne diminue pas de volume.

On porte le diagnostic de tuberculose annexielle.

INTERVENTION (6 février 1922). — A l'ouverture de l'abdomen on trouve la totalité de l'épiploon soudé à la paroi. On arrive à le décoller et l'on constate qu'il est extrêmement épaissi, bourré de gros tubercules et complètement adhérent à l'intestin. On se rend compte qu'il est soudé à la vessie. On le décolle de la vessie et de l'intestin. Ce dernier est recouvert de granulations et forme un magma où l'on a de la peine à reconnaître le côlon du grêle. Le mésentère est cartonné et épaissi. Il s'agit en somme d'une forme fibro-caséuse. Les annexes sont soudées à cette masse et sont tapissées de tubercules. L'utérus est petit.

On se met en devoir de pratiquer une hystérectomie que l'on fait sub-totale par le procédé américain de gauche à droite. Péritonisation incomplète. Fermeture de l'abdomen sans drainage.

*
**

SUITES. — Le processus de cicatrisation s'est fait sans le moindre accident. La malade a quitté l'hôpital le 6 mars en très bonnes conditions générales. Nous avons eu l'occasion de la revoir plus tard en très bonne santé. Elle avait augmenté de poids. L'abdomen était souple ; le toucher laissait aussi une sensation de souplesse partout.

OBSERVATION IV

Tuberculose lardacée des trompes avec pyo-salpinx et péritonite adhésive

Mlle D..., 20 ans, employée de commerce², vient à l'hôpital le 24 janvier 1921 pour crise aiguë abdominale.

Aucun passé génital à signaler. Réglee à 18 ans. Règles toujours avec du retard plus ou moins long. Aménorrhée depuis plusieurs mois.

Elle a été soignée dans le service deux ans auparavant pour tumeur blanche du coude gauche fistulisée et qui a nécessité la resection. La malade a mis un an à guérir et rentre de nouveau à l'hôpital environ un an après sa guérison.

HISTOIRE DE SA MALADIE. — La malade, qui a toujours été mal portante (asthénie, petites douleurs au bas ventre, fièvre peu élevée presque tous les jours, amaigrissement), a été prise quelques jours avant son entrée à l'hôpital, de douleurs très aiguës au niveau du bas ventre avec fièvre de 39, vomissements, et pertes jaunâtres purulentes.

A l'examen : malade cachectique. Facies, péritonéal, angoissé. Pouls petit et rapide. Fièvre de 39°8. Tout examen soigné est impossible vu la défense de la paroi et l'intensité des douleurs.

Après quelque temps de glace et repos, l'abdomen est devenu moins douloureux et le palper laisse sentir une masse occupant tout le bas ventre.

Au toucher vaginal on sent un petit col vierge noyé dans une énorme masse rénitente qui occupe tout le petit bassin et remonte assez haut pour se laisser explorer au palper abdominal. Bassin infantile. Vagin étroit.

La température persiste élevée et la masse est toujours la même, malgré la glace et le repos. On tente une intervention malgré la gravité de la situation qui paraît désespérée.

INTERVENTION (22 mars 1921). — A l'ouverture du ventre l'épiploon est adhérent dans le petit bassin et à la paroi abdominale. On le resèque et l'on constate qu'il existe deux énormes pyo-salpinx, ayant chacune environ la dimension du poing. Ils sont inclus dans le bassin ayant dédoublé de chaque côté le ligament large et intimement adhérents partout.

On pratique la section des ligaments ronds et on commence l'hystérectomie par l'ouverture première du vagin. Les utérines sont saisies de bas en haut. Tout le Douglas est occupé par une masse énorme. On arrive à décortiquer sans dommage la masse gauche ; mais du côté droit la masse est tellement adhérente qu'elle crève au cours de la décortication (issue de pus caséeux en grande abondance).

On décortique avec soin le rectum qui tient intimement à la masse droite, mais on se rend compte avant la libération complète que l'uretère droit inclus dans l'épaisseur de la tumeur, a été blessé.

Hémostase des pédicules. Le petit bassin largement cruenté est le siège d'une hémorragie veineuse importante. Hémostase soignée.

Réparation de l'uretère droit, de la façon suivante : on introduit dans la vessie une sonde urétérale introduite dans le mandrin d'un trocart : au point où celui-ci soulève la vessie, on ponctionne cette dernière et l'on saisit la sonde urétérale qui est introduite dans l'uretère blessé sur une hauteur d'environ 10 cm. La sonde étant fixée au bout de l'uretère on tire sur elle et l'on invagine peu à peu l'uretère dans la vessie. L'uretère est fixé à la vessie par plusieurs bourses successives. La portion de l'uretère qui chemine sur les côtés du vagin, est cachée sous la partie droite du rectum, de façon à être à l'abri du contact des mèches et du drain.

Exclusion du bassin par l'anse sigmoïde après drainage par un drain et deux mèches. Paroi au catgut sans drainage abdominal.

*
**

SUITES. — La malade sort extrêmement choquée de l'intervention faite sous anesthésie au protoxyde d'azote. Malgré tous les toniques, elle s'éteint le troisième jour de l'opération.

OBSERVATION V

Tuberculose lardacée de la trompe gauche avec pyo-salpinx

Mlle C..., 19 ans, employée de commerce, vient à l'hôpital le 28 novembre 1920 pour des douleurs abdominales et température de 39°5.

Réglée à 13 ans. Règles assez irrégulières (retards fréquents). Règles douloureuses qui l'obligent à garder le lit. Fausse couche de deux mois et demi, il y a 15 jours. Depuis l'apparition de ses premières règles, elle souffre constamment de petites douleurs au bas ventre. Pertes blanches dans l'intervalle des règles.

La malade a toujours été mal portante. Ces derniers mois elle a maigri beaucoup, et est toujours asthénique. Anorexie très marquée. Petite toux chronique.

Parents morts de tuberculose pulmonaire. Un frère mort de pneumonie caséeuse.

HISTOIRE DE SA MALADIE. — Le 12 novembre 1920 la malade a fait une fausse couche de deux mois et demi. Quelques jours après des douleurs très aiguës sont apparues au bas ventre, s'irradiant vite sur tout l'abdomen. Température de 39°8. Vomissements.

Elle reste chez elle au repos et à la glace. Les douleurs diminuent ; la fièvre persiste. La malade décide de s'hospitaliser.

A l'examen : malade pâle et amaigrie. Température de 39°6. Pouls petit et rapide.

La palpation est impossible, le ventre étant douloureux et présentant une défense surtout marquée à la fosse iliaque gauche.

Au toucher vaginal on sent un col un peu mou. L'utérus est assez fixe sans paraître augmenté de volume. Le cul-de-sac vaginal droit est libre. A gauche la région annexielle est occupée par une masse grande comme une grosse orange bombant dans le Douglas et douloureuse.

La malade est traitée à la glace et au repos. La température oscille entre

38 et 39°8 depuis son entrée jusqu'au 28 décembre. A cette date la douleur est disparue, mais la masse est toujours la même. Depuis ce jour jusqu'au moment de l'intervention le 31 janvier 1921, la température oscille entre 37°5 et 38°5.

*
**

INTERVENTION. — A l'ouverture de l'abdomen on trouve l'épiploon adhérent intimement à la paroi et à la masse annexielle gauche. On se met en devoir de libérer cette masse, et à ce moment on ouvre une collection suppurée. On arrive à placer une valve sus-pubienne et on pratique alors une hystérectomie sub-totale de droite à gauche. On péritonise toute la partie droite. Dans l'impossibilité où l'on se trouve de péritoniser à gauche on met 2 mèches et un drain (drainage abdominal).

L'anse pelvienne qui était extrêmement adhérente et que l'on a du sculpter, est réparée par quelques points au catgut; elle est complètement cartonnée.

Réfection de la paroi en trois plans au catgut.

*
**

SUITES. — La malade quitte l'hôpital le premier mars 1921. La plaie est tout à fait cicatrisée. La température est normale. Pendant le mois de mars la malade grossit de 4 kilos; elle ajoute 6 dans les trois mois suivants.

Au mois d'août 1922, elle a fait une adénite tuberculeuse à l'aisselle gauche. On fit alors l'ablation du paquet ganglionnaire. Nous avons revu notre malade le mois de janvier 1924; elle a grossi de 12 kilos; elle ne tousse plus, le ventre est souple et le toucher vaginal ne révèle rien. Elle a repris son travail depuis longtemps et se trouve très bien.

OBSERVATION VI

Tuberculose lardacée de la trompe gauche avec abcès-pelvien et fistule recto-cutanée

Mlle B..., 27 ans, modiste, ayant déjà eu à six mois d'intervalle deux crises appendiculaires, vient à l'hôpital pour se faire opérer, le 6 octobre 1921.

L'appendicectomie a été faite après peu de jours, la malade étant complètement à froid. On constate quelques granulations miliaries sur le cœcum. La malade sort guérie le 23 octobre.

*
**

Elle revient à l'hôpital un an après pour tuméfaction de la fosse iliaque droite, le 23 novembre 1922.

Réglée à 18 ans. Règles très irrégulières (retard de 2 semaines, avances de 10 à 15 jours). Règles douloureuses. Pertes blanches depuis son enfance. Fausse couche de 3 semaines il y a deux mois.

Pleurésie il y a deux ans, suivie de toux chronique pendant plusieurs mois.

HISTOIRE DE SA MALADIE. — Après l'appendicectomie la malade s'est bien portée pendant quelque temps. Puis, elle a commencé à se plaindre de fatigue et amaigrissement. Le mois de mai 1922, elle commence à maigrir d'une façon inquiétante. En même temps, asthénie très marquée et anorexie complète. Localement, la région de la fosse iliaque droite a commencé à augmenter de volume. Fièvre élevée.

Pendant les mois précédents la malade a eu des périodes d'aménorrhée. Quelques mois après et à la suite d'un retard d'environ un mois, elle a fait une fausse couche. A partir de ce moment son état n'a fait qu'empirer et la tumeur de la fosse iliaque droite est augmentée considérablement.

A son entrée à l'hôpital on se trouve en présence d'une malade très

amaigrie ; on constate, dans la suite, une courbe thermique à grandes oscillations au-dessus de la normale.

La tumeur s'est ouverte spontanément quelques jours après, laissant s'écouler du pus verdâtre et par la suite une abondante sérosité. Depuis, l'état de la malade s'est amélioré un peu ; localement il reste une fistule sur la partie inférieure de la cicatrice d'appendicectomie. Cette fistule s'enfonce au milieu d'une zone d'induration et empâtement profonds.

Le toucher vaginal fait sentir une masse occupant le Douglas et la région annexielle gauche, qui semble se continuer avec l'induration de la fosse iliaque droite. L'utérus est assez fixe. Son col est petit et sain.

L'examen radioscopique montre après lavement bismuthé, l'issue du bismuth par la fistule, semblant partir du cæcum. On pense à une tuberculose du cæcum avec abcès froid pelvien.

* * *

INTERVENTION. — Pensant avoir à faire à une fistule du fond du cæcum, on fait une longue incision le long du bord externe du droit circonscrivant la fistule dont l'orifice cutané est extirpé. Lorsqu'on est dans le ventre on se rend compte qu'il part de la fistule un long trajet fibreux qui passant devant le cæcum se porte vers la fosse iliaque gauche. Le cæcum est reconnu sain. En suivant la fistule on reconnaît qu'il s'agit d'une tuberculose annexielle. La fistule se perd dans le carrefour des annexes gauches. On est obligé de faire une hystérectomie après s'être donné du jour en sectionnant le grand droit. Quant après avoir sectionné l'utérus dans sa partie moyenne on arrive sur les annexes gauches on voit sortir du pus fétide. Utérus et annexes sont enlevés et l'on voit que la fistule pénètre dans la paroi antérieure du rectum dans sa partie fixe. On excise les bords calleux et l'on fait une suture au catgut par deux rangs de surjet droit et gauche. On exclue partiellement le petit bassin et l'on draine la partie droite avec un drain et trois mèches. Pour éviter la repletion de l'intestin par les gaz on fait une petite fistule cœcale.

* * *

SUITES. — La malade quitte l'hôpital le premier juin 1922. La plaie

opératoire s'est fermée normalement, sauf au niveau de l'ancienne fistule qui s'est fermée au bout de 7 mois.

La malade est venue nous voir dernièrement. Elle ne se plaint plus du ventre. Elle a grossi de dix kilos. Elle ne tousse plus.

Seulement elle fait des petits troubles dus à l'absence d'ovaires (bouffées de chaleur de temps en temps, nervosité).

OBSERVATION VII

Tuberculose tubaire infectée secondairement avec fistule recto-vaginale

Mme M..., 25 ans, est amenée d'urgence pour crise aiguë abdominale.

Passé génital nul (pas de fausse couche, pas d'enfants pas de métrite). Règles peu abondantes (retards fréquents). Bassin infantile. Vagin étroit.

Femme qui n'a jamais eu de maladie sérieuse, mais qui a toujours été délicate de santé.

HISTOIRE DE SA MALADIE. — La malade souffrait du côté gauche du ventre depuis deux mois, lorsque le 1^{er} juillet 1921 elle a été prise d'une crise aiguë abdominale (douleurs très aiguës sur tout l'abdomen, température de 38 à 39°5, pouls petit, facies péritonéal).

On constate par le toucher vaginal un gros pyo-salpinx droit, avec menace de phlegmon du ligament large à gauche.

Après traitement par le repos et la glace, la fièvre persiste. Une collection purulente se vide par le vagin; le pus est mélangé à quelques matières fécales.

Le 15 juillet on pratique une colpotomie. L'état de la malade ne s'améliore pas beaucoup; la fièvre fait toujours des oscillations au-dessus de la normale. On pose le diagnostic de tuberculose génitale et on décide une intervention abdominale.

*
**

INTERVENTION (13 août 1921). — Laparotomie sous-ombilicale. On trouve tout l'abdomen bloqué par des adhérences. L'épiploon est soudé à toute l'étendue du bassin. On le sectionne après ligature au-dessous des adhérences. Le grêle et le côlon pelvien sont intimement soudés ensemble et au bassin. On dissèque les anses et l'on arrive à placer la valve sus-pubienne. On reconnaît la face antéro-supérieure de la vessie. On isole cet organe et peu à peu on ouvre le cul-de-sac vesico-utérin. On isole

peu à peu l'utérus et on pratique une section médiane. On décortique le côté gauche et on ouvre un gros abcès froid juxta-colique, communiquant avec la trompe gauche. On isole la masse annexielle gauche et on arrive après pincement de l'utérine gauche, à l'utérus. Pincement de l'utérine droite. Isolement de la masse droite, qu'on enlève. Il existe des adhérences entre le col et le rectum ; on les rompt et on ouvre une nouvelle collection qui communique avec le rectum et avec le vagin. Toute réparation du rectum est impossible. On tamponne. Hémostase soignée. Il existe des nombreuses granulations tuberculeuses sur l'intestin grêle, le rectum, le péritoine pariétal. On laisse de côté le paquet intestinale grêle dont les anses sont très agglutinées entre elles.

On termine par un Mickulicz et on réduit la cicatrice abdominale aux angles de la plaie.

La malade est très affaiblie. On lui fait 500 grammes de sérum intraveineux.

*
**

SUITES. — Le tamponnement est enlevé peu à peu. La malade part pour le midi en octobre, faire un traitement par l'héliothérapie. (Fistule stercorale).

Elle revient en avril 1922 à peine améliorée par son séjour à Cannes. La fistule stercorale n'est pas guérie.

Le 10 mai, nouvelle intervention pour guérir la fistule. On reséque la terminaison du grêle et l'on implante celui-ci à la face postérieure du cœcum. Mais on constate une tuberculose entéro-péritonéale étendue. La malade guérit de sa fistule mais la tuberculose entéro-péritonéale évolue et la malade meurt le 15 septembre 1922.

OBSERVATION VIII

Tuberculose lardacée de trompes avec pyo-salpinx ouvert dans le rectum

Mme A..., 26 ans, consulte son médecin parce que depuis deux mois elle faisait de la température de 38°5 à 39°5 avec amaigrissement.

Pas d'antécédents puerpéraux. Pas de métrite. Règles peu abondantes, souvent retardées. Aucune douleur abdominale.

Peu de temps après, la malade constate dans ses selles du pus et du sang. Elle est alors examinée chirurgicalement, et au toucher rectal d'abord, au toucher vaginal ensuite, on constate une énorme pelvi-péritonite dans laquelle l'utérus, dont le col est petit et normal, est absolument perdu. On décide une intervention qui est pratiquée quelques jours après.

*
**

INTERVENTION (29 mai 1922). — Laparotomie sous-ombilicale. On trouve l'épiploon soudé à la vessie. Le bassin est rempli par une énorme masse où l'on ne reconnaît ni utérus ni annexes. On commence à aborder par la droite pensant que les lésions y sont moindres et l'intestin paraissant moins adhérent. En réalité elles étaient au maximum.

On fait un américain de droite à gauche avec section du col. Ablation ultérieure du col. La masse enlevée comprend : un utérus infantile, à droite, une masse suppurée en nid d'abeilles, de la grosseur d'une orange et qui tenait partout et était ouverte dans le gros intestin à la jonction du côlon pelvien avec le rectum ; à gauche, la masse est moins grande ; elle est de la grosseur d'une mandarine.

Drainage vaginal avec un drain et une mèche. Réfection de la perforation intestinale par des points séparés à la soie et par application de la plaie au-dessus du péritoine vésical. Fermeture de la paroi sans drainage.

*
* *

SUITES. — La cicatrisation s'est faite sans accidents. Nous avons eu l'occasion de revoir la malade 15 mois après. Elle se portait très bien ; son poids était augmenté de 11 kilogs. Cicatrice en parfait état. Abdomen et vagin tout-à-fait souples.

OBSERVATION IX

Tuberculose miliaire des trompes avec abcès-froid ovarien droit (fig. 5 et 6)

Mlle B..., 25 ans, cuisinière, vient à l'hôpital le 19 novembre 1922 pour des douleurs abdominales et fièvre.

Passé génital nul (pas de fausse couche, pas d'enfants, pas de métrite). Régée à 15 ans; règles peu abondantes avec de l'avance et du retard sans ordre fixe.

Pas de passé tuberculeux.

HISTOIRE DE SA MALADIE. — Le mois de mai 1922, la malade commence à se plaindre de petites douleurs abdominales surtout localisées au bas ventre. Ces douleurs apparaissent très irrégulièrement, très souvent pendant son travail. En même temps elle a commencé à maigrir et se sentait de plus en plus asthénique. Un peu de fièvre vespérale. Pertes blanches dans l'intervalle des règles.

Le 11 novembre 1922, elle a été prise de douleurs aiguës au niveau du bas ventre, avec irradiations sur tout l'abdomen. La température est montée à 39°. Pas de vomissements, seulement quelques nausées. Elle s'est alitée jusqu'au 18 novembre et voyant que son état restait stationnaire, elle s'hospitalise.

Du 19 novembre au 23 décembre elle est restée à l'hôpital au traitement de glace sur le ventre, repos et injections vaginales. Les douleurs étant presque totalement disparues, on constate alors au toucher, un utérus fixe et un col petit, sain. A droite et bombant dans le Douglas on sent une masse dure, très peu douloureuse. Les annexes gauches ne paraissaient pas augmentées de volume.

Le 23 décembre la malade demande à quitter l'hôpital. Elle reste chez elle au repos jusqu'au 21 février 1923; et pendant ce temps, elle continue à souffrir (douleurs, fièvre de 38°5, amaigrissement, asthénie, anorexie).

Le 22 février elle revient au service et après un repos de 8 jours on pratique une intervention chirurgicale.

*
**

INTERVENTION. — A l'ouverture de l'abdomen on trouve l'épiploon adhérent à la paroi. On le libère et on constate que le Douglas est comblé. Le fond de l'utérus est seulement apparent. Les annexes gauches sont libres. Les droites ne se laissent pas reconnaître. Au moment du décollement de la face postérieure de l'utérus on voit s'écouler du pus jaunâtre, fétide.

On fait une hystérectomie totale de gauche à droite par section du vagin également de gauche à droite. On enlève une énorme poche droite qui occupait le Douglas. Le côlon pelvien est libéré d'avec les anses grêles. On draine par le vagin avec un gros drain et des mèches à l'ectogan. On exclue le bassin avec le côlon pelvien. Resection dernière des franges d'épiploon adhérentes. Fermeture de la paroi au catgut sans drainage abdominal.

*
**

SUITES. — Le drainage a été enlevé dans les 5 jours suivants. Vers le neuvième jour on constate au milieu de la plaie opératoire l'apparition d'une fistule de la paroi. On fait des pansements antiseptiques jusqu'au 28 avril. A cette date, la fistule ne régressant pas beaucoup et les bords étant devenus bourgeonnants, on fait un grattage non suivi de suture et l'on continue les pansements. Vers le 6 juillet la fistule est diminuée de très peu. On la traite par les rayons ultra-violets. Après deux applications de lumière la fistule s'est fermée tout-à-fait vers le 1^{er} août 1923.

*
**

Nous avons revu la malade le 25 janvier 1924. Depuis sa sortie de l'hôpital jusqu'à ce jour, elle a grossi de 15 kilos. Elle digère très bien et ne se sent nullement fatiguée.

L'abdomen est tout-à-fait souple. A l'endroit de la fistule il existe un léger écartement des droits. Le toucher vaginal laisse la même sensation de souplesse partout.

OBSERVATION X

Tuberculose péritonéale et tubaire Gros tubercules disséminés sur l'intestin

Mlle L., 28 ans, artiste dramatique, vient à l'hôpital en pleine crise aiguë de pelvi-péritonite, le 12 avril 1923.

Pas de passé puerpéral. Règles avec du retard plus ou moins long. Règles douloureuses. Aménorrhée de temps en temps. Depuis le début de sa crise aiguë, pertes jaunâtres, purulentes. Pas de passé tuberculeux,

HISTOIRE DE SA MALADIE. — Depuis l'apparition de ses règles (18 ans), elle se plaint de petites douleurs au niveau du bas ventre. Elle a toujours été en mauvaise santé et depuis quelques mois elle maigrit d'une façon inquiétante. Anorexie complète. Fièvre presque tous les jours.

Le 10 avril 1923 elle a été prise de douleurs abdominales aiguës avec température de 39 à 40° et vomissements.

A l'examen : malade cachectique ; facies péritonéal ; pouls petit et rapide ; température de 39°5. L'abdomen présente une défense très marquée. Il est très douloureux et toute palpation est impossible. Le toucher est impossible à ce moment.

Après quelques jours de glace et de repos, le toucher révèle une masse occupant les régions annexielles et le Douglas. Elle est dure et à son milieu l'utérus est fixe ; on ne peut reconnaître que le col qui est petit, vierge. Bassin infantile. Vagin étroit.

Les douleurs abdominales sont presque disparues et la température oscille toujours entre 38 et 39°. Pertes jaunâtres purulentes.

Le 14 mai la masse pelvienne est toujours la même ; la température fait une courbe hectique. On décide d'intervenir.

INTERVENTION. — A l'ouverture du ventre on constate des très grosses lésions de tuberculose péritonéale et génitale. On fait une hystérectomie

totale par décollation antérieure et hémisection. Au cours du décollement de l'intestin, une perforation rectale est faite. On l'obture en deux plans de catgut.

Long drain rectal. Drain vaginal et mèches. Sonde à demeure dans la vessie. Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

*
**

SUITES. — Trois semaines après et quand la guérison au point de vue chirurgicale était presque terminée, la malade fit une méningite tuberculeuse fatale.

OBSERVATION XI

Tuberculose lardacée des trompes avec pyo-salpinx

Mlle G..., 22 ans, vient à l'hôpital le 26 novembre 1923 pour des douleurs au niveau des deux fosses iliaques.

Passé génital nul (pas d'enfants, pas de fausse couche). Réglée à 15 ans; règles retardées et douloureuses, peu abondantes.

Pas de passé tuberculeux.

HISTOIRE DE SA MALADIE. — La malade se plaint de petites douleurs au niveau des fosses iliaques depuis l'apparition des premières règles. Ces douleurs n'étaient pas très intenses et n'empêchaient pas la malade de travailler mais la fatigue et la proximité des règles les augmentaient.

Il y a 2 mois elle a eu des douleurs aiguës au même endroit. Sa température est montée à 39°. Pas de vomissements. Pas de pertes. Depuis trois mois, amaigrissement progressif. Asthénie. Anorexie.

Le 14 novembre 1923, son état empire et elle se voit forcée de quitter son travail et de s'aliter. Le repos n'a rien fait et quelques jours après elle s'hospitalise.

A son entrée à l'hôpital, on voit une malade pâle et très amaigrie. Température de 38°. Pouls petit, assez rapide.

La palpation abdominale est douloureuse aux deux fosses iliaques. Le ventre est souple. Respiration abdominale conservée. Pas d'ascite.

Au toucher vaginal, le col situé très en avant et en haut, est de consistance normale et à orifice punctiforme. Il est impossible de délimiter l'utérus qui est noyé dans une énorme masse dure qui occupe tout le petit bassin.

Les culs-de-sac sont cartonnés. Par la pression forte du doigt on éveille de la douleur.

Le 27 novembre elle fait une métrorrhagie assez abondante (dernières règles le 10 novembre). La température oscille du 26 novembre date de

l'entrée au 13 décembre date de l'intervention, entre 38 et 39°5. La masse est toujours la même.

*
**

INTERVENTION. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve le petit bassin rempli de granulations et entièrement comblé. Le fond de l'utérus est reconnu, ainsi que les ligaments ronds. On sectionne ceux-ci et on fait une décollation antérieure. La vessie est absolument cartilagineuse. On fait ensuite une hémisection utérine et l'on enlève la trompe gauche qui contient un gros abcès froid (le pus est aspiré à l'aspirateur).

Le côté droit est reséqué à son tour. On reséque une partie du col qui restait. Hémostase soignée. Extériorisation du bassin par le côlon pelvien. Drainage vaginal avec un drain et deux mèches. Paroi au catgut en trois plans.

*
**

SUITES. — Elle quitte l'hôpital le 23 février 1924. La cicatrisation est tout à fait finie et la malade a grossi de 4 kilos. Nous venons de la revoir ; elle ne se plaint de rien et continue à augmenter de poids.

OBSERVATION XII

Absès froid de l'ovaire droit (fig. 1)

Mme B..., 19 ans, vient à l'hôpital le 28 janvier 1924, pour tuméfaction au niveau de la fosse iliaque droite.

Réglée à 14 ans. Règles toujours en retard de 8 à 10 jours, douloureuses. Pertes blanches depuis sa puberté. Pas de fausse couche. Un accouchement normal en octobre 1923.

Pas de passé tuberculeux. Malade toujours asthénique.

HISTOIRE DE SA MALADIE. — Vers la fin de sa grossesse, la malade a souffert de douleurs à la fosse iliaque droite. Quelques jours après son accouchement, les douleurs ont augmenté d'intensité avec fièvre de 40°. Des pertes rouges en moyenne quantité sont apparues, et devant leur persistance on pratique un curettage. La fièvre persiste; les douleurs diminuent un peu; transpirations nocturnes; pertes jaunâtres abondantes. On la traite au propidon pendant quelque temps.

Cet état persiste jusqu'au moment de son entrée au Service, le 28 janvier. A ce moment, elle perdait de nouveau en rouge.

A l'examen : malade très amaigrie. Fièvre de 38°5 à 39°5. Pouls petit, assez rapide. Tout le ventre est douloureux à la palpation particulièrement à droite où il existe une défense marquée. Au toucher on sent un utérus assez fixe, poussé vers la gauche; col petit, de consistance normale. A droite, masse douloureuse grosse comme le poing, bombant dans le Douglas.

On porte le diagnostic de kyste delmoïde suppurée. Ailleurs on a parlé de grossesse tubaire; la masse est trop grande et il s'agirait donc d'une grossesse assez avancée, mais vraiment le temps passé depuis son accouchement est trop court. On décide d'intervenir.

*
**

INTERVENTION (31 janvier 1924). — A l'ouverture du ventre on est immédiatement barré par l'épiploon adhérent à la vessie. On le reséque. On trouve au-dessous une anse grêle intimement adhérente aux annexes droites. La soudure est tellement intime qu'on ne peut pas arriver à s'en occuper dès maintenant. On reconnaît le ligament rond du côté gauche, ce qui permet d'aborder le procédé américain de gauche à droite. Lorsqu'on lie les trois pédicules gauches, on trouve l'utérus intimement soudé au côlon pelvien et au rectum. On le libère et à ce moment s'échappent quelques gouttes de pus. On arrive à décoller l'anse grêle absolument cartonnée et qui recouvre une énorme poche distendue par le pus. Ligature de l'utérine droite et du ligament rond du même côté. On poursuit ensuite le décollement de la masse annexielle droite qu'on arrive à enlever sans crever. Col et vagin sont ouverts sur la ligne médiane pour établir un drainage vaginal. L'appendice formant une énorme masse adhérente à la poche, est reséqué. Péritonisation du bassin en appliquant le côlon pelvien contre la vessie. Mais celui-ci très court et ligneux ne peut recouvrir que le côté droit. A gauche on applique le péritoine vésical sur le pariétal. Fermeture de la paroi en trois plans au catgut sans drainage abdominal.

*
**

SUITES. — La cicatrisation s'est faite rapidement sans le moindre accident. Elle quitte l'hôpital le 12 mars. Son état général est très bon ; il n'y a rien à signaler au point de vue local.



FIG. 1

Dessin schématique d'un abcès froid bilobé de l'ovaire droit. On voit la trompe droite dans l'épaisseur du plafond de la poche ovarienne. (Observation XII).

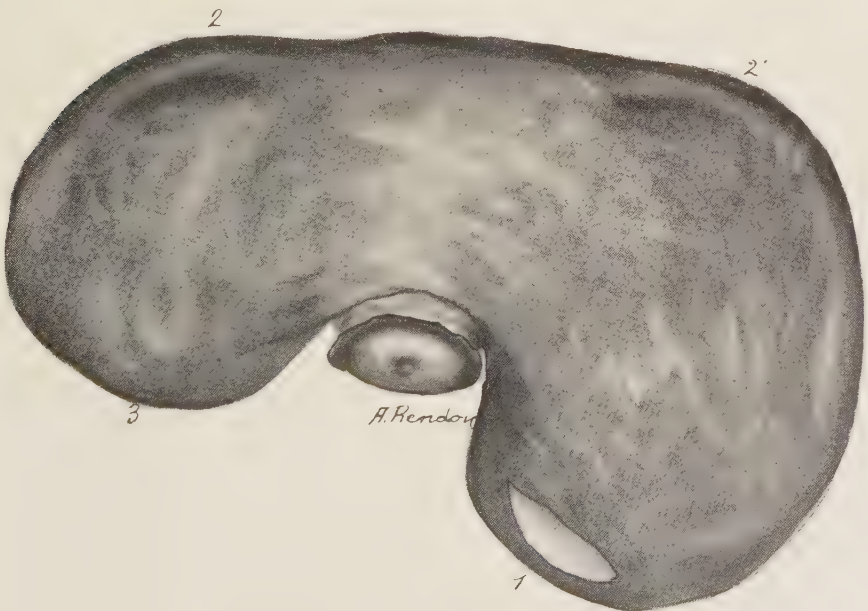


FIG. 2

Dessin schématique d'un cas d'abcès froid bilatéral de l'ovaire.

1. Région de l'ovaire droit atteinte par une colpotomie. — 2 et 2'. Les trompes sont collées aux poches ovariennes. — 3. Ovaire gauche rempli surtout de substance caséuse.



FIG. 3

Tuberculose lardacée bilatérale des trompes avec abcès froids tubaires. (Observation XI).
Hystérectomie par hémisection utérine.



FIG. 4

Abcès froid tubaire bilatéral. Contenu de la trompe gauche: 1.250 grammes ;
trompe droite: 1.500 grammes. (Observation II).

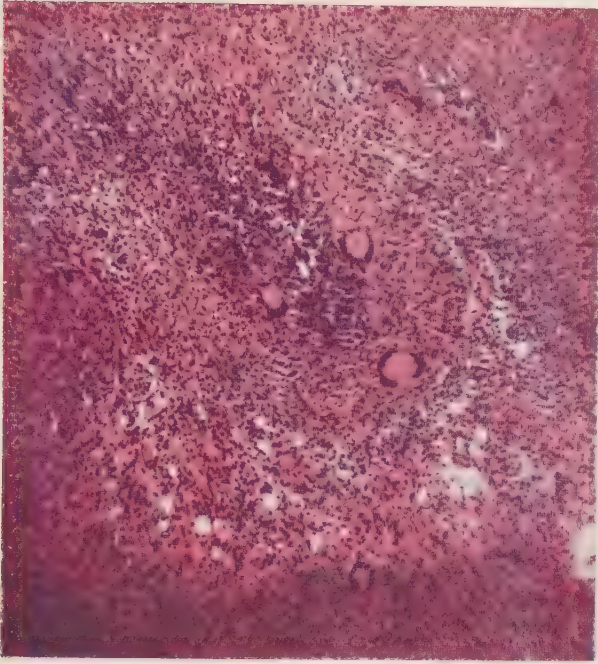


FIG. 5

Zone profonde de la paroi de l'abcès froid de l'ovaire (occupant la partie toute inférieure de la figure, avec une cellule géante) montrant la limite de l'abcès et les petits tubercules d'accroissement périphérique. (Observation IX.)

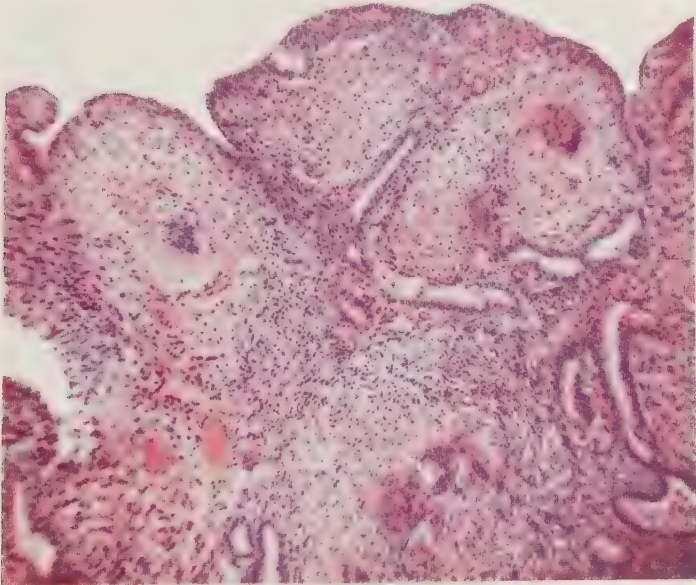


FIG. 6

Lésions de tuberculose miliaire de la muqueuse tubaire ; petits follicules tuberculeux typiques. (Observation IX).

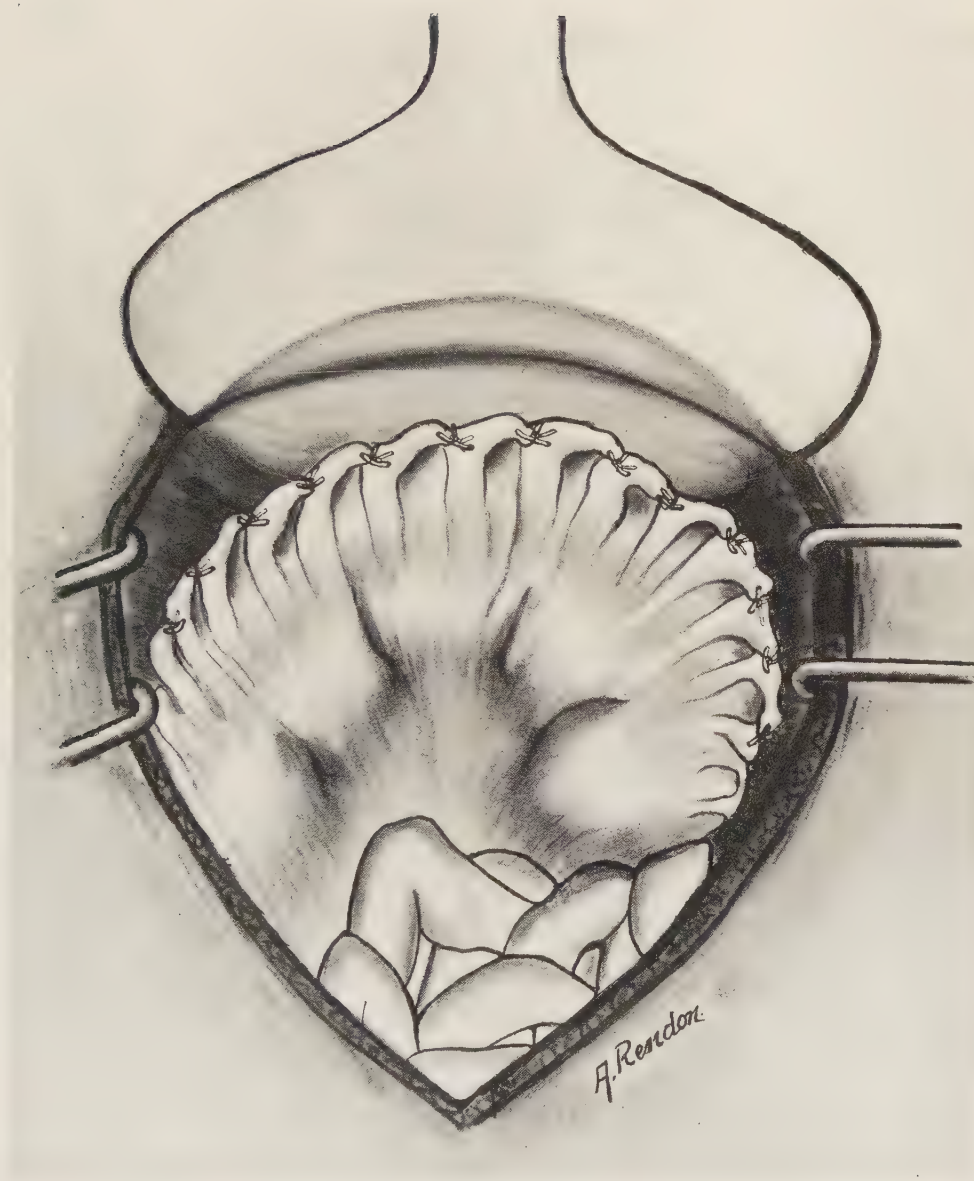


FIG. 7

Dessin schématique montrant dans l'extériorisation du bassin par l'anse sigmoïde, la façon de fixer les franges au péritoine vésical selon le procédé employé par le Professeur Cunéo : le sommet d'une frange est fixé par un seul point de catgut à la base de la frange suivante et au péritoine vésical.

CONCLUSIONS

1. — La tuberculose annexielle plus fréquente qu'on ne le croit, peut être considérée comme une tuberculose primitive, qui s'infecte souvent secondairement.

2. — Elle frappe les femmes jeunes, présentant souvent des signes d'aplasie génitale.

3. — Il semble que la puerpéralité a une tendance à réveiller des lésions tuberculeuses latentes et à activer leur évolution.

4. — Au point de vue anatomo-chirurgical, la trompe est atteinte cinq fois plus que l'ovaire. Il faut surtout retenir deux formes anatomiques: la forme lardacée avec pelvi-péritonite adhésive et l'abcès froid tubaire.

La forme lardacée avec pelvi-péritonite adhésive est toujours difficile à opérer, et il faut se méfier de la déchirure de l'intestin et des lésions de l'uretère et de la vessie.

L'abcès froid tubaire est en général très facile à opérer en raison de l'absence de toute adhérence et de la mobilité des trompes.

5. — Le diagnostic de la tuberculose annexielle est souvent difficile. On ne la reconnaît quelquefois, que le ventre ouvert. D'autres fois, c'est à l'occasion d'une infection secondaire que la maladie est reconnue.

On soupçonnera la tuberculose aux symptômes suivants: aspect spécial de la maladie avec aplasie génitale et aménorrhée; amaigrissement; tachichardie; élévation vespérale de la température; absence de passé puerpéral ou métritique.

6. — La tuberculose annexielle diagnostiquée doit être traitée par l'hystérectomie sub-totale en cas d'abcès froid tubaire; par l'hystérectomie totale avec drainage vaginal par mèches et drain en cas de tuberculose lardacée avec pelvi-péritonite adhésive.

La fistule stercorale après opération doit être considérée comme une complication redoutable qui peut compromettre la guérison.

7. — Dans les autres cas, la guérison est parfaite, tant au point de vue de l'état général (augmentation de poids — recoloration des téguments — reprise d'une vie active — absence de toute température) et au point de vue local, par l'absence de toute douleur et de toute induration pelvienne.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. APPELL.

Vu : le Doyen,
H. ROGER

Vu : le Président,
B. CUNÉO.

